

## La pharmacothérapie des personnes âgées : Une science en soi au service d'une thérapie individualisée

Tamàs Fülöp

Le nombre de personnes âgées augmente à travers le monde, et le Québec n'y échappe pas. Nous assistons à une véritable « épidémie du vieillissement ». La prise en charge de ces personnes pose des problèmes sociologiques, économiques et bien sûr sanitaires. Selon l'opinion très répandue, la plupart des personnes âgées sont malades et consomment toutes les ressources du système de santé. Ce préjugé est bien évidemment faux et relève du domaine de l'âgisme. Soixante-dix pourcent (70 %) des personnes âgées sont en bonne santé, indépendantes et vivent chez elles. Bien sûr, 30 % d'entre elles sont malades et nécessitent des soins, la plupart du temps, dans les hôpitaux. Ce phénomène en soi justifie ce supplément du *Pharmactuel*, qui se penche sur les problèmes pharmacologiques liés au vieillissement ainsi que sur la tâche complexe consistant à traiter ces personnes âgées et malades au moyen de médicaments. Une autre réalité justifie la pertinence de ce numéro, soit le fait qu'une grande proportion de personnes âgées consomme des médicaments en quantité astronomique.

Le traitement de la personne âgée est reconnu pour être multidisciplinaire. Il n'est plus du ressort du seul gériatre. Longtemps les pharmaciens n'étaient pas des membres à part entière de l'équipe traitante. Cette dernière semblait être le privilège insigne des seuls médecins. Depuis les huit ou dix dernières années, on assiste à un réel revirement : les pharmaciens hospitaliers ont fait leur entrée active dans l'équipe multidisciplinaire et en font maintenant partie intégrante. Ainsi, ce supplément les aidera à mieux exercer leur rôle afin qu'ils puissent maximiser l'impact de la pharmacothérapie des aînés.

Pourquoi est-il important que les pharmaciens jouent un rôle dans le traitement des malades âgés ? Le vieillissement est un phénomène biologique très complexe dont on ne connaît pas la cause avec certitude. Plusieurs théories existent pour l'expliquer, comme celle des radicaux libres, de la programmation cellulaire (Hayflick), de l'évolution (le soma disponible), des changements immunologiques et des mutations somatiques, mais aucune à ce jour n'a apporté d'explication satisfaisante de ce phénomène. Il est probable que, comme pour beaucoup de problèmes en gériatrie, le vieillissement soit aussi multifactoriel. Par contre, on connaît les conséquences physiologiques qui interfèrent avec les principes pharmacocinétiques et pharmacodynamiques et les déterminent lors du traitement médicamenteux des personnes âgées et malades. Les articles présentés dans ce supplément rassemblent une très large variété de connaissances accumulées dans

divers domaines de la pharmacothérapie destinée aux personnes âgées. Ces connaissances sont en constante évolution.

Le premier article de la série, écrit par madame Grenier-Gosselin, se penche sur le problème complexe de l'utilisation inadéquate des médicaments chez les personnes âgées. Nous savons tous que la polymédication et même une utilisation inappropriée ou encore une absence d'indication de certains médicaments prescrits chez la personne âgée sont chose commune. Par contre, un autre problème, relativement méconnu et découlant justement de l'âgisme susmentionné ou de l'ignorance, peut avoir des conséquences encore plus dévastatrices. Ce phénomène de « sous-utilisation » des médicaments reconnus utiles par des données probantes dans le traitement de différentes maladies des personnes âgées est aussi problématique que la polymédication. Ce problème devrait être pris plus au sérieux et pourrait être prévenu en informant mieux autant les malades que les intervenants.

Le deuxième article, de mesdames Bergeron, Mallet et Ferland, s'intéresse aux principes d'évaluation de la pharmacothérapie en gériatrie. Pour illustrer ces concepts, les auteurs traitent du sujet sous forme d'une étude de cas. Elles décrivent dix principes qui doivent guider une intervention judicieuse. Soulignons en particulier, parmi ces principes, qui d'ailleurs sont tous importants, quelques-uns qui semblent absolument indispensables à une pharmacothérapie adéquate pour la personne âgée. La connaissance des modifications apportées récemment à la pharmacothérapie est primordiale, mais le travail est ardu étant donné le nombre d'intervenants et de troubles cognitifs existants. Quel est le résultat de la polymédication en termes de symptômes ou de signes apparaissant chez la personne âgée ? Sont-ils directement liés aux effets indésirables du médicament ou à des interactions entre de nombreux médicaments ? Est-ce que les changements physiologiques influençant la pharmacocinétique et la pharmacodynamie sont connus et pris en considération lors du traitement ? Finalement, il est indispensable de déterminer si tous les médicaments sont nécessaires et appropriés dans le contexte du patient. Tous ces paramètres doivent conduire

---

*Tamàs Fülöp, M.D., Ph.D., est professeur titulaire et chef du Service de gériatrie au Département de médecine de l'Université de Sherbrooke*

re à des actions de la part du pharmacien, qui accordera la priorité à celles apportant le plus grand soulagement au patient.

Le troisième article, rédigé par madame Roy-Petit et le Dr Arcand, s'intéresse à une question très actuelle dans le contexte de la gériatrie : la prévention des fractures ostéoporotiques en établissements de soins de longue durée. Doit-on traiter tous les patients ? Cette question va bien au-delà des principes pharmacologiques relatifs aux personnes âgées. Elle comporte une implication sociale, économique et psychologique, qui nous amène à nous interroger sur l'épineuse question de la prévention dans un contexte d'hospitalisation de longue durée. Des études de plus en plus nombreuses se penchent sur l'utilisation des médicaments à visées préventives pour les fractures ostéoporotiques en soins de longue durée. Néanmoins, aussi rigoureuses que soient ces études, elles ne pourront se substituer au jugement du clinicien. Pour les patients en centre hospitalier de soins de longue durée, les cliniciens doivent prendre en considération les facteurs de risque de fractures, les effets secondaires et l'espérance de vie. La démarche n'est pas toujours simple, mais les critères suggérés dans l'article peuvent aider à la décision.

Le quatrième article, présenté par mesdames Boily et Mallet, traite de la question de la charge anticholinergique.

Les échelles anticholinergiques disponibles pour évaluer la charge anticholinergique demeurent des outils de travail intéressants mais ne doivent pas remplacer le jugement professionnel du clinicien. L'évaluation globale du patient doit demeurer prioritaire.

Il est extrêmement réconfortant de lire ces articles dans l'optique de la possibilité d'une meilleure prise en charge pharmacothérapeutique de la personne âgée. Nous avons besoin de répandre ces connaissances pour que la qualité des soins dans nos hôpitaux et la qualité de vie de nos personnes âgées et malades s'améliorent constamment. Ces articles démontrent que la pharmacologie clinique de la personne âgée existe bel et bien et que cette science est en pleine évolution. Nous sommes conscients que le chemin à parcourir est encore long, périlleux et ne sera pas toujours pavé de succès. Mais refuser de le parcourir serait une erreur grave. Terminons par le vieil adage bien connu en pharmacothérapie de la personne âgée : commencer lentement, progresser lentement, mais arriver à nos fins. Ces articles atteindront certainement leur but, celui de conscientiser les pharmaciens et les autres intervenants aux problèmes de médication spécifiques aux personnes âgées, de stimuler leur réflexion et de proposer des solutions concrètes pour une meilleure prise en charge de la personne âgée et malade.